1910-1911 UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE N° 34

Contribution à l'Étude des Kystes-Dermoïdes Présacro-Coccygiens

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 29 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENAY André

Né le 30 Juillet 1885, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse { MM. Gross, professeur, *président.* / Rohmer, professeur. / Binet, agrégé. / Lucien, agrégé. } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VARANGÉVILLE

Imprimerie Nouvelle, V. ARSANT, Avenue de la Gare

1911

1910-1911 UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE N° 34

Contribution à l'Étude des Kystes-Dermoïdes Présacro-Coccygiens

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 29 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENAY André

Né le 30 Juillet 1885, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle)

ACAD. LUNÉVILLE BIBL.

Examinateurs de la Thèse { MM. GROSS, professeur, *président.* ROHMER, professeur. BINET, agrégé. LUCIEN, agrégé. } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VARANGÉVILLE

IMPRIMERIE NOUVELLE, V. ARSANT, AVENUE DE LA GARE

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✲, I ✪, NICOLAS, I ✪
PRENANT, ✲, I ✪, BERNHEIM, O ✲, I ✪.

Professeurs :

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✲, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER ✲, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✲, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouch^{nts}	M. A. HERRGOTT, ✲ I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	M. SCHMITT, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, I ✪.
Pathologie gén^{le} et Pathologie int^{ne}	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪.

Professeurs-adjoints :

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE. I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, A. ✪, ag. libre.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪, agrégé libre.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie (1).	M. JACQUES, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Cours de médecine opératoire	M. MICHEL, A ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, ag. lib., ch.cours.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ I ✪.	MM. COLLIN, A ✪	MM. BUSQUET.
LAMBERT I ✪.	DUFOUR, A ✪.	LUCIEN, A ✪
RICHON A ✪.	SENCERT, A ✪.	BINET.
G. GROSS, A ✪.	ROBERT, A ✪.	PERRIN.
FRUHINSHOLZ, A ✪		

Agrégés libres : MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✲, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪ MICHEL, A ✪, L. SPILLMANN, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A ma Chère Femme

En remerciement du reconfort qu'elle nous a apporté au cours de nos études.

A mon Père et a ma Mère

Témoignage de notre affection et de notre profonde reconnaissance.

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A TOUS MES MAITRES

AVANT-PROPOS

Un cas de kyste dermoïde présacro-coccygien s'étant présenté à la clinique de M. le Professeur Gross, notre maître nous a proposé de faire notre thèse inaugurale sur ce sujet.

Notre bonne fortune a permis qu'une observation identique ait été recueillie à peu près à la même époque dans une autre clinique de Nancy : ce qui fut un appoint sérieux pour notre travail.

Nous avons cru bon, dans une première partie de ce modeste ouvrage, de rappeler et les tâtonnements et les diverses opinions émises jusqu'à nos jours pour tenter d'expliquer ces anomalies, de prime abord déconcortantes.

Dans une seconde partie, nous étudierons le diagnostic si délicat de ces kystes, leurs complications et leur traitement.

Mais avant de quitter cette belle Faculté de Nancy où nous avons fait toutes nos études, il nous reste un devoir bien doux à remplir.

Que M. le Doyen Gross qui a bien voulu, et nous inspirer cette thèse et en accepter la Présidence, soit assuré de notre profonde reconnaissance pour les leçons si concises et les encouragements si bienveil-

lants qu'il a daigné nons prodiguer pendant l'année où nous eûmes l'honneur d'être son externe.

C'est envers M. le Professeur Spillmann que nous sommes débiteur de nos connaissances médicales ; nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous fûmes l'externe de MM. les Professeurs Etienne et Guilloz ; nous garderons de leur enseignement savant et de leur bienveillance à toute épreuve, un souvenir ineffaçable.

Nous sommes redevable à M. le Professeur agrégé Frühinzholz de notre culture obstétricale, il a bien voulu nous communiquer une observation qui a servi à étayer notre thèse et à lui donner plus de consistance : nous ne l'oublierons jamais.

M. le Professeur André et M. le Docteur Renaud dans une circonstance bien pénible de notre vie nous ont rendu un service inappréciable : nous leur en exprimons toute notre reconnaissance.

Nous avons toujours trouvé un bon accueil à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rohmer ; il a accepté d'être notre juge avec une spontaneité charmante, nous lui en exprimons toute notre gratitude.

Que M. le Docteur Spire, ex-chef de clinique à la Maternité, qui nous a si vaillemment réconforté pendant toute la durée de nos études, soit assuré de notre profond attachement.

Nous garderons un bon souvenir des leçons qui nous ont été données par MM. les professeurs agrégés Frœhlich, Michel, Georges Groos, Sencert.

Pressé par le temps, nous avons dû terminer hâtivement notre thèse : MM. les professeurs agrégés Lucien et Binet ont bien voulu nous prodiguer les conseils de leur expérience : ils font, de plus, partie du jury de notre thèse : nous les en remercions bien cordialement.

Nous serons toujours fier d'avoir été l'élève de MM. les Professeurs Nicolas, Prenant, Bernheim et Haushalter dont la haute valeur est si appréciée du monde médical.

Nous passerions sous silence nos deux années d'Internat à l'Asile de Maréville, s'il ne nous restait un devoir à remplir à l'égard du personnel médical près de qui nous avons trouvé beaucoup de bienveillance : que notre ancien Maître, M. le Docteur Aubry, qui nous a aidé à débrouiller un peu de chaos qu'est pour les profanes, la médecine mentale, reçoive ici un témoignage de sympathie et de reconnaissance.

Nous avons quitté ces malheureux déments si dignes d'intérêt, avec cette arrière-pensée qu'il reste encore un grand effort à faire pour leur procurer une existence moins triste et moins misérable.

Nous avons trouvé, chez certains de nos collègues de l'Internat, une vive sympathie ; nous serons toujours très heureux des circonstances de la vie qui pourraient nous réunir. Nous avons eu le plaisir de voir notre ami, M. le Docteur Henry, venir nous rejoindre dans ce milieu ; nous regretterons toujours la brièveté de notre collaboration.

Nous sommes vivement touché du service que M. le

Docteur Vaivrand nous a rendu à l'occasion de notre thèse : nous l'en remercions sincèrement.

Enfin, nous ne pourrions quitter la Faculté sans avoir un souvenir ému pour tous les camarades que nous y avons rencontrés. Notre vie d'étudiant nous a permis de resserrer plus spécialement avec le Docteur François, une amitié que les bancs du collège avaient ébauchée ; tant de liens communs nous unissent que, nous aimons à le croire, rien ne pourrait désormais nous séparer.

INTRODUCTION

On observe au niveau de la région sacro-coccygienne des malformations congénitales multiples dont la pathogénie et la nature demeurées longtemps obscures se sont éclairées au cours de ces dernières années du fait d'une étude plus approfondie du développement de l'extrémité caudale de l'embryon humain.

Parmi toutes ces malformations dont la plupart ont fait à l'heure actuelle l'objet de nombreuses descriptions, nous ne nous attacherons au cours de ce travail qu'à l'étude des kystes dermoïdes présacro-coccygiens. Un intérêt très considérable s'attache en effet à cette variété de tumeurs étant données leur rareté et la difficulté que l'on éprouve à expliquer leur mode de développement.

Aucune relation scientifique ne prouve qu'on ait soupçonné leur existence avant 1887, époque où Hermann et Tourneux précisèrent leurs travaux sur l'évolution de la région cloacale chez l'homme. A la suite de leurs recherches, ils pensèrent sans apporter du reste de faits précis à l'appui de leur hypothèse qu'il pouvait se développer des formations kystiques aussi bien à la partie antérieure du sacrum qu'à sa partie postérieure. C'est alors qu'en vue d'éclaircir la

nature de ce genre de tératomes parurent les travaux de Ganz et Calbet (1895), Kirmisson (1896 et années suivantes), Phocas (1896), Unger et Brusch (1903), Engelmann (1904), Hermann et Tourneux (1905). Depuis, nombre d'embryologistes, allemands pour la plupart, ont étudié cette question sans que l'accord puisse se faire sur l'évolution exacte et sur la signification précise de ces tumeurs.

Cependant, il nous faut venir jusqu'en 1907 pour trouver dans la littérature médicale un cas véritablement authentique de kyste dermoïde présacré. Nous aurions bien voulu le joindre à notre thèse, mais il nous a été impossible de nous le procurer à la Bibliothèque de l'Université.

Avec les deux observations que nous apportons, soigneusement contrôlées, cela porte seulement à trois le nombre des tumeurs dermoïdes de la région présacro-coccygienne.

Avant d'entrer dans l'étude descriptive et d'aborder le détail des manifestations cliniques de ce genre de tumeur, nous étudierons sommairement le développement de l'extrémité caudale de l'embryon d'après les plus récents travaux parus sur cette question. C'est en effet uniquement à la lumière des faits embryologiques que l'on peut espérer éclairer un peu ce que renferme d'obscure la pathogénie de semblables malformations.

OBSERVATION

DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE

DE M. LE PROFESSEUR F. GROSS

Recueillie par M. le Docteur VAIVRAND, Interne du Service

Femme de 42 ans, ménagère.

Antécédents familiaux et héréditaires. — Parents vivants en bonne santé. — Rien à signaler.

Antédédents personnels. — Fièvre éruptive pendant l'enfance.

Réglée à 14 ans, régulièrement — 4 jours de durée — pas de pertes intermenstruelles.

4 enfants bien portants — accouchements normaux.

Depuis environ deux mois la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le petit bassin. Elle eut d'abord des douleurs vagues dans le pelvis avec irradiations lombaires et au niveau des cuisses. Ces douleurs, au début étaient surtout marquées à la suite de la marche.

Depuis trois semaines, les douleurs sont plus fortes; néanmoins la malade a pu se livrer, jusqu'à ces derniers jours à ses occupations habituelles. Les douleurs sont surtout marquées lorsque la malade est soit dans le décubitus dorsal, soit dans le décubitus latéral. La malade n'éprouve aucune gêne pour aller à la garde-robe; les selles sont d'ailleurs régulières et normales.

En février dernier, un médecin consulté: constate l'existence d'une collection liquide au niveau de la région sacro-coccigienne. Une ponction pratiquée au niveau du périnée postérieur permet de retirer environ 5 ou 6 grammes d'un liquide sanguinolent. A la suite de cette ponction, la malade déclare avoir été

sensiblement améliorée. Par l'orifice de ponction s'écoule un liquide jaunâtre tachant le linge.

Une incision fut pratiquée quelques jours après la ponction ; un drain de caoutchouc fut placé dans la plaie par laquelle s'écoule toujours le même liquide jaunâtre.

Au bout de cinq jours, le drain s'élimine spontanément — la suppuration persiste. — La malade continue ses occupations ; à certains moments une quantité notable de liquide est évacuée : les douleurs diminuent ; tantôt, au contraire, il y a rétention du liquide et la tumeur donne lieu alors à des douleurs vives.

Le 8 mars. — La malade se décide, sur le conseil de son médecin, à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade non amaigrie, à visage coloré, vive et alerte.

A l'examen de la région périnéale, on constate un petit orifice fistuleux situé à environ deux centimètres de l'anus, en arrière et placé légèrement à gauche de la ligne médiane. — Par cet orifice s'écoule un liquide jaunâtre, assez épais, ressemblant à de la purée de pois.

On ne note aucune modification de la peau ; aucune voussure à l'inspection.

Par le toucher rectal, on sent une masse molle, rénitente, qui occupe tout l'espace compris entre le rectum et le sacrum. La palpation n'est pas douloureuse.

La tumeur semble avoir le volume d'une petite mandarine ; elle n'est pas nettement délimitable.

Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

L'examen du squelette de la région ne donne lieu à aucune remarque particulière.

L'examen complet de l'état général de la malade ne relève non plus rien de spécial.

14 mars. — Opération (opérateur M. le Professeur Gross ; aides MM. Heully et Vaivrand) ; anesthésie au chloroforme.

Incision verticale de 5 centimètres partant de l'anus et se dirigeant en arrière suivant le raphé périnéal postérieur.

Après division de la peau, du tissu cellulaire et des fibres musculaires sous-jacentes et resection du coccyx on arrive sur une tumeur du volume d'une petite orange qui semble se prolonger en haut du côté de la face antérieure du sacrum. En cherchant à isoler cette dernière, la poche se rompt et laisse écouler un liquide jaunâtre contenant des produits pultacés.

Après libération et extirpation de la tumeur, une mèche de gaze et un drain de caoutchouc de moyen calibre sont placés dans la cavité.

Six jours après, le draînage est enlevé.

La plaie est ensuite pansée régulièrement d'abord tous les jours, puis tous les deux ou trois jours. La cavité se ferme petit à petit par bourgeonnement, sans suppuration et sans fièvre.

Le *29 avril,* la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Examen de la pièce enlevée. — La poche kystique forme deux cavités qui communiquent entre elles ; l'une inférieure, du volume d'une noix renferme un liquide muqueux ; l'autre supérieure, des dimensions d'une petite mandarine contient un produit épais, analogue à du sébum, couleur café au lait.

La paroi de la poche est dure et calcifiée en certains points.

L'examen microscopique de la paroi de la poche, dû à M. le docteur Hoche, professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté, donne les détails suivants :

La paroi est constituée de deux couches bien distinctes :

1° la plus externe est fibreuse, lamellaire, sans cellules vivaces ; dans les interstices des lames fibreuses, on voit des granulations et des amas calcaires ;

2° la plus interne est de structure conjonctive-vasculaire inflammatoire, mamelonnée, ressemblant au tissu de bourgeons charnus. En un point, *l'épithélium pavimenteux stratifié* persiste encore ; il ne reste pas de conches superficielles hératinisées ; on ne voit pas d'annexes dermoïdes.

OBSERVATION II

SERVICE DE LA MATERNITÉ

Dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FRUHINSHOLZ

Il s'agit d'une jeune allemande, primipare de 23 ans, entrée à la Maternité de Nancy le 29 Août 1910 avec les renseignements suivants : toujours bien portante, elle a été réglée à 15 ans : les règles ont été constamment régulières et indolores, d'une durée de 4 à 5 jours. Elle est au terme de sa grossesse, ayant eu ses dernières règles vers le 20 Novembre 1909 ; celle-ci a évolué très normalement sans aucun phénomène douloureux ni trouble fonctionnel. Les douleurs du travail ont apparu le 28 août vers 10 heures du soir. La dilatation aurait été complète le 29 à onze heures du matin et la sage-femme qui assistait la parturiente observe, après avoir rompu les membranes, que la tête reste haute

Un médecin, appelé à 7 heures du soir, fait les mêmes constations, trouve le liquide amniotique vert, entend néanmoins les battements et dirige la malade sur la Maternité où elle arrive à 9 heures du soir.

Le Docteur Job, chef de clinique, l'examine à ce moment : l'état général est bon, l'utérus est normalement développé, les battements fœtaux sont encore perçus ; la tête fœtale est très haut située, en O I G P, presque en O S, mal fléchie ; en arrière d'elle existe une anse de cordon provenant d'un circulaire

lâche passant sur la nuque ; la main gauche est en procidence en arrière et à droite ; le bassin paraît être normal ; on est frappé toutefois de la situation de la vulve reportée très en avant. Le Docteur Job tente une première application de forceps biparietale ; il éprouve de la difficulté à donner à ses tractions une direction efficace ; il n'arrive pas à déprimer comme il le voudrait la commissure postérieure de la vulve et à tirer assez en bas : finalement l'instrument dérape. A ce moment les battements fœtaux ont disparu. Une seconde tentative d'extraction est tentée mais, devant une nouvelle menace de dérapement, on désarticule les branches de l'instrument. M. le Professeur agrégé Fruhinsholz est alors appelé.

Il constate que l'utérus n'est pas gros, qu'il est fortement incliné à droite : les contractions sont rares. Il est frappé de ce que la vulve est haute sur la symphyse, de ce que le périnée est comme effacé, asymétrique, de ce que l'anus est légèrement béant, de ce que le pli interfessier a pour ainsi dire disparu ; il pense que le bassin mou contient quelque chose qui le fait bomber ; la voussure est surtout marquée du niveau du périnée postérieur ano-coccygien. Et cependant la tête fœtale n'a pas bougé ; elle est toujours arrêtée à la partie moyenne de l'excavation dans la situation et avec les parties procidentes signalées précédemment, mais elle donne l'impression de refouler devant elle cette masse indécise qui remplit le bassin mou.

Et de fait en pratiquant le toucher vaginal combiné avec la palpation du sillon interfessier et de la région pré-coccygienne en particulier, on sent entre les deux mains un épais matelas interposé ; il est rénitent, du volume d'une petite tête fœtale ; le toucher rectal dirige le doigt en avant et à droite de la tumeur qui est manifestement située en arrière du rectum. On pense à une dystocie provoquée par un kyste ovarique refoulé au-devant de la tête fœtale jusque dans le périnée.

On cherche à évaluer la perméabilité des voies génitales inférieures et on constate qu'une main entière passe à frottement,

mais passe entre la tumeur et l'arcade ischio-pubienne contre laquelle elle est reportée en même temps que froissée. Le liquide amniotique est « purée de pois »; il s'écoule beaucoup de sang; de temps en temps des gaz s'échappent de l'utérus barbottant dans les liquides vaginaux. Dans ces conditions, étant donné que l'extraction du fœtus réduit paraît possible sans grand traumatisme à travers les voies naturelles; le docteur Fruhinsholz décide de recourir à la craniotomie suivie de l'extraction immédiate par le cranioclaste.

Perforation avec l'appareil de Blot au voisinage de la grande fontanelle. L'extraction se fait rapidement.

Les suites de couches sont normales et la malade sort du service le onzième jour en très bon état. Un nouvel examen clinique, pratiqué à ce moment, permet de faire les constatations suivantes: le périnée postérieur ano-coccygien est le siège d'une voussure persistante qui a pour effet d'effacer la partie postérieure du sillon interfessier. Le toucher rectal rend compte que le rectum se dirige par rapport à cette tumeur en avant et à droite; au toucher vaginal on trouve que la paroi postérieure est refoulée très en avant par la même tumeur qui gêne considérablement l'exploration et ne permet pas au doigt investigateur d'accéder jusqu'au col ; la tumeur paraît remonter assez haut dans l'excavation pelvienne; elle refoule l'utérus en avant.

Le diagnostic secondaire porté est celui de kyste, vraisemblablement d'origine congénitale de la région sacro-coccygienne.

Or, cette malade s'est fait opérer le 15 octobre suivant, par le professeur Fehling, à la clinique gynécologique de l'Université de Strasbourg, il résulte des renseignements circonstanciés, que le professeur Fehling lui-même, très obligeamment, à bien voulu nous communiquer, que le diagnostic établi par lui, fut celui de kyste dermoïde, qu'on est intervenu d'autre part en incisant longitudinalement le vagin postérieur, qu'on a pris accès ainsi sur la tumeur qui s'est rompue, donnant

issue à de la graisse et à des cheveux ; on a pu en disséquer secondairement et avec difficulté la coque ; drainage avec un tube de caoutchouc ; suite légèrement fébrile ; guérison rapide ».

Chapitre I

Aperçu embryologique

Dans ce chapitre, nous avons l'intention de donner un simple aperçu des transformations multiples présentées par l'extrémité caudale de l'embryon humain au cours de l'ontogénèse. Nous nous sommes surtout guidé en ce qui concerne les explications qui vont suivre sur l'important travail de MM. Hermann et Tourneux, paru en 1905 dans le *Journal d'anatomie et de physiologie*.

A la fin du premier mois lunaire, les recherches de Ecker (1889), Keibel (1891), Harrisson (1901)et surtout Harrisson et Tourneux (1887 à 1905) ont montré que l'embryon humain de même que celui des autres mammifères possède un véritable appendice caudal renfermant l'extrémité du tube médullaire, de la corde dorsale et la portion terminale du tube intestinal constituant ce que l'on a appelé l'intestin caudal.

Cet appendice caudal présente à son extrémité proximale immédiatement au-dessous de l'ectoderme un amas cellulaire composé d'éléments non différentiels. Cet amas cellulaire qui constitue ce que l'on appelle encore le *Nœud de Hensen*, représente le point de jonction on de réunion de trois feuillets blastoder-

miques primitifs. Le Nœud de Hensen se trouve traversé dans toute son étendue par le *canal neurentérique*, conduit qui met en communication pendant les premiers stades embryonnaires le tube neural avec la cavité digestive et réunit de la sorte l'ectoderme avec le feuillet endodermique à l'extrémité caudale de la corde dorsale.

Le « Nœud de Hensen » joue un rôle important : outre que par son extrémité céphalique, il participe à la formation des organes axiaux de l'embryon, c'est encore autour de lui, comme pivot, que peu de temps après, va basculer en avant l'extrémité caudale de l'embryon. Ce reploiement a pour résultat de délimiter la portion pos-tanale de l'intestin, de reporter la ligne primitive sur la face ventrale de l'ancien segment caudal et enfin, de faire disparaître le canal neurentérique, En même temps, le Nœud de Hansen perd tout contact direct avec l'ectoderme, mais reste cependant uni aux extrémités de la corde, du tube médullaire et de l'intestin caudal. Il forme alors ce que Tourneux appelle *L'amas Résidual.*

Primitivement, les ébauches des vertèbres coccygiennes de l'embryon sont assez nombreuses, mais il arrive un moment où elles se soudent entre elles, pour former les quatre ou cinq vertèbres qui existent à la naissance : alors, la base de l'appendice caudal s'élargit et forme une saillie que l'on a appelée « *Éminence Coccygienne* ».

Au début du troisième mois, le tube médullaire de l'embryon se prolonge jusqu'à cette éminence ; il s'y

renfle et adhère par sa face dorsale à la couche profonde de la peau. Puis, vers la fin de ce même mois, la colonne vertébrale se développant plus rapidement que les parties molles, s'allonge, et son extrémité caudale entraîne avec elle les portions du tube médullaire dont le segment caudal continue à adhérer au tégument externe. — Et par suite, cette partie extrême du névraxe, fixée d'une part à la peau et suivant d'autre part la colonne vertébrale dans son allongement progressif, forme une courbe à concavité supérieure dont une partie, (la branche profonde) est en rapport avec la face dorsale des vertèbres coccygiennes et dont l'autre (la branche superficielle) remonte obliquement de bas en haut. — Au cours du quatrième mois lunaire, la bronche profonde s'atrophie et disparaît ; l'autre, au contraire continue à évoluer jusqu'au voisinage de la naissance, mais à ce moment, il n'en reste généralement plus que quelques races : ce sont les « *Vestiges coccygiens de la moëlle épinière* ».

C'est sur l'éminence coccygienne que s'implantait primitivement le filament caudal ; or, pendant qu'ont lieu les modifications précédentes, l'intestin caudal se résorbe, le tube médullaire et la corde dorsale abandonnent leurs connexions avec l'amas résidual, et le filament caudal n'est définitivement plus représenté que par le reste de l'amas résidual revêtu d'épiderme.

Plus tard, quand l'embryon a progressé, la partie inférieure du tronc se redresse ; ce faisant, l'éminence coccygienne s'efface, les parties molles prennent de l'extention, et la peau qui se trouvait en regard des

vestiges coccygiens de la moëlle, reste unie au coccix par un large faisceau de fibres qui forment le *Ligament caudal.* – Et pour peu que ce faisceau soit assez puissant, il déprime la peau et donne quelquefois naissance à une petite excavation, la *Fossette coccygienne.*

C'est par la persistance et par la transformation peu anormale de l'une quelconque de ces ébauches primitives que, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, les embryologistes ont tenté d'expliquer la formation des tumeurs *pré ou rétro-sacrococcygiennes.*

Chapitre II

Pathogénie

On a, jusqu'à nos jours, proposé un grand nombre de théories pour expliquer l'origine des kystes dermoïdes. Toutes ont été l'objet de nombreuses controverses mais, jusqu'à plus ample informé, il semble que le monde scientifique se soit rallié aux opinions émises en ces dernières années, et tout particulièrement à celles d'Hermann et Tourneux.

Nous nous efforcerons de les résumer toutes aussi brièvement que possible, insistant surtout sur la théorie qui nous a parue la plus plus satisfaisante.

La première en date et qui n'a plus guère qu'un intérêt historique, est la *Théorie bigerminale* que Geoffroy-Saint-Hilaire a ébauchée en 1836. D'après lui, tout kyste serait une monstruosité physiologique résultant d'un être primitivement distinct qui, par la suite, soudé à son congénère, pourrait donner, depuis les tératomes les plus invraisemblables jusqu'aux kystes dermoïdes banals.

De prime abord très séduisante, cette conception est *trop simple pour être vraie*, a dit Lannelongue. Il faut déjà beaucoup d'imagination pour faire dériver une simple poche d'un organisme à l'origine différent. En

outre, il est de nombreux kystes dermoïdes où on ne trouve aucune trace de débris fœtaux et d'autres, au contraire, où il y en a tant, qu'il faut une excessive bonne volonté pour penser qu'ils ne dérivent que d'un seul être (par exemple ceux où l'on a trouvé trois cents dents et plus). — Enfin, il est des cas de kystes sacro-coccygiens à l'explication desquels cette théorie ne peut convenir, et pour expliquer les reliquats de squelettes que l'on a trouvés chez certains, il semble plus logique d'admettre pour eux des reliquats d'organes généralement disparus à la naissance. — Et d'ailleurs, cette théorie est à peu près abandonnée. Hagen (1904) en Allemagne, est presque le seul à la défendre encore actuellement.

En opposition à cette dernière, qui fait intervenir deux germes différents pour expliquer la formation des kystes dermoïdes et tous les tératomes en général, il est d'autres théories dites unigerminales dont il nous faut dire maintenant quelques mots.

En 1852, Verneuil par l'hypothèse de l'enclavement de certaines parties de l'épiderme, au cours de la vie embryonnaire, tentait d'expliquer les kystes dermoïdes ordinaires, et ou ne fit certainement pas alors d'exception pour les kystes du sacrum. Joignons à cela que, dans les mêmes moments, Virchow découvrit que chaque cellule vivait de sa vie propre et pouvait, à certain moment, réveiller son activité; il nous sera facile de comprendre l'engoûement du monde scientifique pour cette opinion.

Prouvée d'abord par les expériences de Masse, de

Bordeaux, qui réussit à produire un kyste artificiel en enclavant expérimentalement de l'épiderme : elle reçut une sorte de consécration à la suite de la communication de M. le professeur Gross, de Nancy, sur les tumeurs perlées des doigts, dérivant d'une portion épidermique incluse accidentellement après un traumatisme. — Vraie, pour tous les kystes où, à un certain moment de la vie embryonnaire, il se produit un pincement de l'épiderme, vraie encore pour certaines tumeurs sacro-coccygiennes postérieures, cette explication ne suffit plus pour les kystes antérieurs. — Car en somme, il faut plus que de la bonne volonté pour admettre qu'une portion blastodermique enclavée à la face postérieure du sacrum puisse évoluer sur sa face antérieure et atteindre, dans certains cas, des proportions considérables pour constituer un obstacle à l'accouchement (Observation II).

Nous passerons sous silence la théorie soutenue par Repin, en 1892, car si la « Parthénogenèse » explique quelques kystes de l'ovaire, organes clos, elle n'a plus de relation avec ceux de la face antérieure du sacrum.

Arrivons enfin aux interprêtations qui mettent en cause les nombreux restes embryonnaires signalés dans notre chapitre précédent.

Eliminons tout d'abord l'hypothèse reposant sur l'existence de la glande coccygienne de Luschka. — Il est admis que, ne possédant ni canaux ni épithéliums ni rien en un mot de ce qu'on trouve dans les kystes dermoïdes, elle ne peut vraisemblablement pas leur donner naissance.

Plus le développement embryogénique d'un être est compliqué, a dit Kirmisson, plus se prolongent les états transitoires et plus les vices de conformation peuvent se rencontrer, tel est le cas de l'extrémité caudale.

De tous les organes qui entrent dans la composition de l'appendice caudal chez l'embryon, c'est la moëlle qui persiste le plus longtemps, (elle ne disparaît en effet que peu de temps après la naissance). — Il était donc tout naturel de l'incriminer en ce qui concerne la formation des kystes dermoïdes, d'autant plus que chez certains de ceux-là, la constitution est presque identique à celle de la moëlle. C'est la théorie des *vestiges para-coccygiens de la moëlle* entrevue en 1887 par Hermann et Tourneux. Cependant, il faut remarquer que la moëlle embryonnaire a été retrouvée beaucoup plus dans les tératomes sacro-coccygiens que dans les kystes dermoïdes eux-mêmes.

On sait d'autre part que primitivement, l'intestin communique avec le tube neural, par l'intermédiaire du *canal neurentérique*. — Plus tard, quand ils perdent l'un et l'autre leur connexion avec ce canal, il devient libre dans l'organisme, s'obture aux deux bouts et disparaît. On a pensé qu'à un certain moment de son existence, les débris de ce canal pouvaient se développer d'une façon anormale : c'est ainsi que Hildebrand en 1895 a expliqué l'origine des kystes dermoïdes présacrés. Cette théorie est d'autant plus digne de créance qu'on retrouve dans ces kystes l'épithélium cilié qui tapissait l'intérieur de ce canal ; et les glandes de l'un et de l'autre produisent un liquide identique.

L'*Amas résidual* qui, chez les vertébrés sert à l'accroissement caudal a été lui aussi mis en cause. On se rappelle que, quand le tube médullaire, la corde dorsale et l'intestin caudal se sont séparés de lui, il s'atrophie et disparaît. On a pensé que parfois il n'en était pas ainsi et qu'à un certain moment de son existence embryonnaire, son activité propre pouvait se réveiller et fournir chez l'homme, non plus une queue, mais une tumeur. Cette explication peut être la vraie, mais semble s'appliquer de préférence au *pot pourri histologique* que l'on trouve dans quelques tumeurs du coccyx : et la preuve, c'est qu'on y remarque des cellules de toutes sortes, de même que dans l'amas résidual à la fin de son existence transitoire.

Reste enfin l'hypothèse adoptée par Tourneux et la presque totalité de la presse française, et qui met en jeu le ligament caudal de l'embryon. Une fois le module caudal complètement atrophié, sa base d'implantation se laisse habituellement reconnaître par une petite portion glabre des téguments, c'est cette portion qui est connue sous le nom de *glabelle coccygienne*.

Quand le sacrum s'est redressé, le ligament caudal qui unit l'éminence coccygienne à la pointe du coccyx étire en infundibulum la glabelle dont une partie se détache et devient libre dans l'organisme. Cette formation peut proliférer et donner naissance une tumeur. Il est évident que la position de cette néoformation est purement livrée au hasard : le plus souvent, le kyste se développe sur la face posté-

rieure du sacrum et du coccyx restant limité par le squelette osseux lui-même ; mais, *ne perdons pas de vue que la formation primitive est, en quelque sorte, appendue à la pointe du coccyx et, par conséquent, aucunement arrêtée à la face antérieure. elle peut, ou y pousser des prolongements ou même s'y développer entièrement en refoulant devant elle les organes du petit bassin ; ce qui aggrave singulièrement une tumeur ordinairement bénigne.*

Ce qui, à notre avis, milite le plus en faveur de cette dernière théorie, c'est que la glabelle contient beaucoup de formation glandulaires, mais peu ou pas de Pollicules pileux ; or, jusqu'ici, on n'a pas retrouvé de poils dans ce genre de kystes.

Cette conception est, somme toute, assez logique ou du moins très originale. Elle mitige en effet la théorie de l'Enclavement par celle des Vestiges embryonnaires sans qui la première demeurerait incompréhensible.

En résumé, il n'y a donc aucune démarcation nette entre les kystes présacrés et les kystes du reste de l'organisme.

Chapitre III

Anatomie Pathologique

D'après les observations recueillies, il semble que la constitution des dermoïdes présacrés soit moins compliquée que celle des kystes dermoïdes des autres parties de l'organisme.

Les dermoïdes ordinaires affectent les dimensions les plus variables, entre l'énorme kyste ovarique et le petit kyste de la queue du sourcil, on trouve généralement tous les intermédiaires ; le développement des présacrés est limité par leur position. — En effet, quelles que lâches que soient les attaches du rectum dans le petit bassin, il ne remplit pas moins, vis-à-vis de la tumeur sous-jacente un rôle de sangle et, comme tel, empêche l'extension qu'elle aurait tendance à prendre. — Il se pourrait, néanmoins, qu'un de ces kystes se developpât sur un côté latéral en coudant le rectum et en se localisant dans la cavité du petit bassin. — Quoiqu'il en soit, il ne dépasse guère, habituellement, le volume d'une mandarine ou d'une poire parceque, quelque particularité que puisse affecter son développement, il n'en sera pas moins limité, toujours secondairement, par le squelette osseux du bassin.

A la vérité ils peuvent encore prendre, au-dessus

d'eux, l'espace que leur refuse l'exiguïté du bassin et Kirmisson parle de ces kystes qui pourraient remplir la cavité abdominale : ce sont là surtout des hypothèses scientifiques qu'aucun cas vraiment certain n'a réalisées jusqu'alors.

On sait que, dans un dermoïde, on a trouvé toutes sortes de monstruosités qui, de tout temps, ont excité la sagacité des embryologistes depuis des dents jusqu'à des membres fœtaux entièrement développés ; ici, jusqu'àprésent, du moins, on n'a vu que du liquide et de rares cheveux (Observation II). Quelle que soit la forme physique sous laquelle se présente ce liquide, il ne diffère pas de celui des autres kystes : c'est le produit de la secrétion des glandes entrant dans la constitution du néoplasme.

En règle générale, tout dermoïde est attaché aux parties sous-jacentes par un pédicule : dans les deux cas rapportés ; ou il n'en existait pas, ou il était si minime qu'on n'a pas cru devoir le noter spécialement.

Ces tumeurs kystiques sont souvent bilobées et le liquide des deux tumeurs n'est pas souvent identique. Dans l'observation I, la première renfermait, en effet, un liquide muqueux et la seconde, un produit épais, jaunâtre, couleur café au lait, semblable à du sébum.

Les kystes peuvent subir des modifications secondaires, dues à l'inflammation qui est souvent une suite de ponction. Dans ce cas, la paroi de la poche peut être modifiée. L'analyse microscopique de cette poche due à l'obligeance de M. le professeur Hoche (La seule

de nos deux observations où cette analyse ait été faite), nous a révèlé qu'elle était constituée de deux couches, bien distinctes ; « l'une, la plus externe, fibreuse et lamellaire, sans cellules vivaces avec, dans les interstices des lames fibreuses, des granulations et des amas calcaires ; l'autre, interne, de structure conjonctive, vasculaire inflammatoire et mamelonnée ressemblant au tissu des bourgeons charnus. En un point, il persiste encore de l'épithélium pavimenteux stratifié, mais il n'y a plus de couches superficielles kératinesées et pas d'annexes dermoïdes ».

Chapitre IV

Diagnostic

Le diagnostic des tumeurs présacro-coccygiennes est de façon générale assez difficile à établir d'une manière positive.

Un point particulier à remarquer: *ces tumeurs se rencontrent surtout dans le sexe féminin.* Les deux observations que nous rapportons dans ce travail en sont une preuve. Pourquoi cette prédisposition particulière? Comment l'interpréter? Ce sont là deux questions d'Embryogénie et de Pathogénie encore obscures.

Les tumeurs présacro-coccygiennes restent longtemps à *l'état latent*, leur évolution est donc particulièrement lente et c'est pourquoi, dans la plupart des cas, leur présence passe inaperçue.

Ces tumeurs, d'autre part, sont de dimension peu considérable, leur petit volume ne gène pas l'organisme qui les contient et souvent il faut des circonstances spéciales pour les diagnostiquer.

C'est en général à la suite d'une suractivité fonctionnelle intense, à l'occasion de la puberté et de la grossesse que ces tumeurs donnent lieu à des phénomènes qui permettent de faire songer à leur présence.

Le plus souvent elles apparaissent chez des malades

de 20 à 45 ans. Elles siègent exactement entre la partie antérieure du sacrum et du coccyx et la partie postérieure du rectum ; c'est au niveau du tissu cellulaire lâche de cette région qu'elles se forment et évoluent.

Leur premier symptôme manifeste est une sensation de pesanteur avec irradiation dans la région sacrée et quelquefois au niveau des lombes et des cuisses. *La douleur* sourde au début est plus ou moins lancinante. Pendant de longs mois, elle peut être supportable, puis le malade. à certains moments de la journée, éprouve une souffrance vive durant quelques instants, suivie d'un calme de quelques heures ou de quelques jours.

Au fur et à mesure que la poche kystique augmente de volume, les phénomènes douloureux s'intensifient. Fait caractéristique : quand le malade vaque à ses occupations, dans la journée, la douleur qu'il ressent est supportable ; au contraire, la nuit, dans le décubitus dorsal ou latéral, les sensations pénibles deviennent de plus en plus fortes ; le malade ne peut dormir, et c'est en général, à la suite de ces douleurs du décubitus qu'il vient consulter un médecin.

A une certaine période de leur évolution, il se peut que ces souffrances soient accompagnées d'une réation inflammatoire au niveau de la poche kystique. Ces manifestations aigües ont un retentissement sur l'état général, le malade peut avoir de la fièvre, si on laisse l'affection évoluer, à un moment donné, la poche se rompt soit dans le rectum soit au niveau du périnée

postérieur donnant lieu à des fistules intarissables par lesquelles s'écoule une bouillie épaisse, jaunâtre, formée de produits pultacés. En cas de suppuration et de fistulisation de la poche, l'examen anatomo-patholigique des matières expulsées, permettra d'établir le diagnostic. L'observation de la malade de M. le Professeur Gross rentre dans cette forme clinique.

Un fait également remarquable, c'est que ces tumeurs, mise à part l'exception ci-dessus, n'ont le plus souvent aucune action nocive pour l'individu qui en est porteur : on ne note point d'amaigrissement, pas de réaction fébrile, les selles sont régulières et normales.

S'il est vrai que les phénomènes fébriles incitent à à penser à un kyste dermoïde suppuré, il n'en est pas toujours ainsi ; on pourrait décrire une forme à évolution lente, se donnant bien à aucune douleur dans le pelvis. L'affection dans ces cas n'est diagnostiquée que par hasard, ce qui s'est produit chez la malade de M. le Professeur agrégé Fruhinsholz ; c'est, en effet, au moment de l'expulsion d'un fœtus que la tumeur, étant cause de distocie fut reconnue.

La constatation d'une altération de la peau et d'une circulation collatérale au niveau du périnée postérieur (le malade étant dans la position de la taille) serait une présomption en faveur d'un kyste dermoïde présacro-coccygien : dans les deux observations relatées, cette épreuve a fait défaut.

Si la poche est enflammée, on peut remarquer au niveau des téguments un peu de rougeur sans œdème

bien net : et si, suppurée, elle s'est fistulisée dans le rectum, le malade a pu constater dans ses selles une bouillie jaunâtre formée de débris mucoïdes, rejetée en général avant les matières fécales.

Quand la fistulisation se fait au niveau du périnée postérieur, on y trouve une ouverture béante : cet orifice a pour caractéristique d'être toujours situé en arrière de l'anus, il s'ouvre au niveau du raphé médian périnéal postérieur et un peu latéralement.

Les renseignements les plus utiles nous viennent de la palpitation. C'est en effet par le toucher rectal pratique après avoir pris soin de faire évacuer l'ampoule rectale de son contenu, que nous pourrons établir un diagnostic précis. — On sent en effet dans la concavité du sacrum, une tuméfaction plus ou moins molle selon les cas ne dépassant pas en général le volume d'une orange. D'autres fois on a affaire à une sensation de fausse fluctuation rénitente.

Dans la majorité des cas il est assez difficile de limifer la tumeur ; par le toucher explorateur, le pôle inférieur et les limites latérales sont seules perceptibles. Quant la poche s'est enflammée, ce même procédé permet de sentir une induration diffuse au niveau de la partie antérieure du sacrum : les phénomènes inflammatoires se propagent alors aux ganglions de la région. En cas de suppuration, suivie de fistulisation, la palpation de la tumeur donnera lieu à un écoulement de liquide qui, recueilli aseptiquement, sera un précieux appoint pour fixer le diagnostic.

La *ponction exploratrice*, dans le doute, sera auto-

risée afin de recueillir du liquide que l'on soumettra à l'analyse. Toutes les fois d'ailleurs que le diagnostic aura été établi par ce procédé, il faudra conseiller une intervention chirurgicale précoce, car au point où s'est faite la ponction, pourrait s'établir une fistule donnant lieu à une suppuration interminable.

Le *Toucher vaginal* ne donne habituellement pas de résultats. Dans le cas seulement où la tumeur aura atteint un volume considérable, où elle aura produit un aplatissement du rectum, ce moyen d'investigation pourra servir au diagnostic.

Malgré ces procédés d'exploration et les signes cliniques fournis par les diverses variétés de kystes dermoïdes présacro-coccygiens, le diagnostic, il faut bien l'avouer, en raison de la rareté des cas, n'est fait souvent qu'après intervention chirurgicale. Néanmoins, il nous a paru intéressant de relater toutes les particularités de cette affection, très rare il est vrai, mais cependant très intéressante.

Chapitre V

Diagnostic différentiel

Les kystes dermoïdes présacro-coccygiens en raison du petit nombre de signes cliniques qui leur sont propres peuvent être confondus avec certaines affections ayant le même siège anatomique :

1° Le Sprina Bifida sacré antérieur. — C'est là un accident excessivement rare mais où le toucher rectal permet un diagnostic différentiel assez facile.

On sent une tumeur en général assez résistante, reliée au squelette par un pédicule allongé ; dans certains cas, le doigt explorateur peut même pénétrer dans le trou sacré béant qui lui donne issue. Par la palpation, la tumeur est douloureuse, par la pression, on arrive à en réduire le volume ; sans compter que cette affection s'accompagne souvent de symptômes à distance (troubles nerveux divers des membres, pieds bots, ulcères trophiques, incontinence d'urine et de matières fécales) qui assoieront la conviction. Le Spina bifida sacré antérieur est d'ailleurs la plupart du temps, une trouvaille d'autopsie du domaine de la tératologie.

2° Lipome présacré. Cette affection également peu courante est diagnostiquée aussi par le toucher rectal. En général, le lipome atteint un volume assez notable

et sa localisation unique au niveau de la concavité sacrée est exceptionnelle. On le rencontre chez des sujets porteurs d'autres masses adipeuses et en particulier dans certaines formes de lipomatoses. Le toucher rectal ne donne pas une sensation de rénitence comme dans le cas de kystes dermoïdes mais procure au contraire au doigt explorateur, l'impression de crépitation neigeuse analogue à celle qu'on rencontre dans certaines synovites des gaines tendineuses. Dans ces cas, la ponction exploratrice négative sera un appoint précieux pour établir le diagnostic. Ajoutons enfin que les symptômes de compression sont généralement peu masqués.

3° **Hémotome du rectum.** — Ici la question est souvent très délicate car les sensations obtenues par le toucher rectal sont à peu près identiques à celles que donnent les tumeurs présacro-coccygiennes.

La tuméfaction sentie est dépressible mais non douloureuse : l'Hématome n'a pas de pédicule : comme souvent (Observation I) il n'est pas perceptible, cette absence de pédicule n'est donc pas un point important en ce qui concerne le diagnostic. Dans les cas d'Hématome, la ponction exploratrice peut-elle nous donner de plus amples renseignements? Nous ne le croyons pas. Si l'Hématome est ancien, et la poche bourrée de caillots, la ponction est négative : par contre, si elle est positive, il n'est pas permis au médecin de présumer de la nature de la tumeur. Dans l'observation de M. le professeur Gross, en effet, le médecin traitant fit une ponction qui ramena

immédiatement 5 à 6 grammes de sang, ce qui eut pu faire songer à un hématome ; dans les jours suivants seulement, la malade s'aperçut de l'évacuation d'un liquide jaunâtre et purulent par l'orifice ainsi produit. Cette question est donc particulièrement délicate à résoudre : ce sont les anamnestiques qui, dans la plupart des cas, permettront de trancher le différend, sans compter que, le plus souvent, le diagnostic ne sera établi d'une façon positive qu'après l'intervention chirurgicale.

4° **Abcès par congestion.** — La distinction entre ces tumeurs et les kystes dermoïdes présacro-coccygiens, est assez difficile. L'abcès par congestion, qu'il vienne de la partie inférieure du Rachis ou du bassin lui-même, peut, en suivant les lois de la pesanteur et de la pression venir se localiser à l'endroit de prédilection des tumeurs présacro-coccygiennes. A ce niveau il provient en général du bassin, au cours d'une sacro-coxalgie, entre 20 et 35 ans. Ce qui domine la symptomatologie des abcès par congestion, c'est l'élément douleur.

Ces abcès sont d'abord douloureux à la palpation, point à noter puisque pour les dermoïdes, il n'en est rien : de plus, la recherche des points douloureux des os du bassin la présence du signe d'Ericksen (Télescopage des épines illiaques antéro supérieures) donnant lieu à une douleur vive, localisée au niveau des lésions osseuses, seront les autres constatations importantes permettant d'établir le diagnostic.

Ces collections froides présacrées donnent souvent

au doigt explorateur la sensation de fluctuation vraie: d'autre part comme tous les abcès bacillaires, elles peuvent au cours de leur évolution, se fistuliser. Elles s'ouvrent alors soit dans le rectum, soit à l'extérieur donnant lieu à des suppurations intarissables. L'examen bacteriologique du liquide recueilli fixera le médecin dans les cas douteux. — On ne saurait trop insister sur l'importance de l'état général du malade : satisfaisant dans le cas de kyste dermoïde, il est très mauvais dans l'abcès par congestion.

5° **Cancer du rectum.** — Le cancer du rectum en impose parfois pour une tumeur présacro-coccygienne Par le toucher rectal (dans le cas de cancer annulaire. ou de carcinome ayant débuté au niveau de la paroi postérieure du rectum) on a une sensation d'empâtement qui égare le diagnostic.

L'allure de cette affection est un critérium souvent trompeur. Il est en effet des cas où le malade présente uniquement quelques douleurs au niveau du pelvis avec irradiation dans le sillon interfessier : il n'y a aucun retentissement sur l'état général. Ces symptômes sont bien identiques à ceux des dermoïdes et il n'est donc pas extraordinaire qu'on les confonde.

Avec les formes au contraire rapides qui s'accompagnent de douleurs à la défécation, de modification des selles avec mélœna, qui provoquent des troubles de la nutrition, du dégoût pour certains aliments et de l'amaigrissement, le diagnostic différentiel est facile à faire.

Toutes les fois par conséquent qu'on se trouvera en

présence d'une induration située à la partie postérieure du rectum, il faudra songer à la possibilité d'un cancer. Cette affection est particulièrement fréquente chez l'homme ; c'est là surtout qu'il faudra procéder à l'analyse du sang du sujet et pratiquer un examen de l'état général approfondi car, quelques mois de tergiversations peuvent être pour le malade une cause de mort.

Enfin le diagnostic différentiel sera à faire avec *toutes les affections pouvant se développer sur la ligne médiane, au niveau de la partie antérieur du sacrum.* Nous voulons parler des tumeurs osseuses intra-pelviennes : elles s'accompagnent le plus souvent de troubles fonctionnels (compressions viscérales) de troubles nerveux (douleurs, parésies et paralysies) et d'une déchéance de la santé générale qui, dans tous les cas, mettront sur la voie du diagnostic.

Nous passerons sous silence les périostites syphilitiques pour lesquelles il suffira de se reporter aux antécédents des malades.

En résumé, le diagnostic différentiel des kystes dermoïdes présacro-coccygiens est toujours extrêmement délicat : ces tumeurs sont médianes, elles ont une évolution lente et leur début passe souvent inaperçu : certaines formes sont douloureuses spontanément, d'autres le deviennent, soit par leur volume et la gêne qui en est la suite, soit par les phénomènes inflammatoires dont elles peuvent devenir le siège. Leur suppuration fréquente et leur fistulisation sont des points importants pour le diagnostic : ce dernier

ne sera fait de façon rigoureuse que par l'analyse des produits contenus dans la poche et l'examen anatomo-pathologique de la poche elle même.

Chapitre VI

Complications

Les complications de ces tumeurs proviennent, en majeure partie, et de leur localisation exceptionnelle, et de leur volume : selon qu'elles seront situées derrière ou devant le rachis, leur pronostic sera bénin ou sombre. Dans le premier cas, les néoplasmes ont de l'espace pour se développer et ne gênent aucune fonction, dans le second cas, les conditions changent.

La constitution anatomique du petit bassin est, à ce point de vue, très importante : on y trouve deux organes essentiels à la vie matérielle : les uretères qui le côtoient au sommet pour gagner la vessie, et le rectum qui le traverse dans toute son étendue.

Le *canal urétérin* est assez étroit, de minimes pressions exercées sur lui l'amoindrissent et ont vite un grand retentissement sur tout l'organisme. Il s'en suit un effet rapidement de l'hydronéphrose qui, progressivement, vienne une influence néfaste de l'extérieur, se transforme en pyonéphrose, fonte purulente des reins, urémie, en un mot tout le cortège lent, mais grave, inhérent aux maladies urinaires.

Le *rectum* a un calibre plus large, mais très lâche, les dégâts que peut exercer sur lui un kyste grossissant

démesurément, se traduisent d'abord par des alternatives de constipation, quand la pression est forte, de débâcle intestinale lorsqu'elle se relâche ; puis, inévitablement, le malade en arrive à la redoutable occlusion intestinale.

Les complications du côté des *veines iliaques* se manifestent par de la stase dans les membres inférieurs, accompagnée de varices, voir même de phlébites, à l'occasion d'une maladie infectieuse intercurrente.

L'organe le plus lèsé sera, sans contredit l'*utérus* : libre, il ne pâtira pas trop, gravide, ce pourra être pour lui une cause d'avortement, ce qui est rare. Il se peut, cependant, que la grossesse aille à terme sans avoir été contrariée. Le cas est beaucoup plus compliqué, car alors l'évacuation fœtale, gênée par la tumeur devient impossible, l'enfant meurt et on doit recourir, pour l'extraction à l'embryotomie, opération toujours grave pour la mère. — Fort heureusement dit M. le professeur agrégé Fruhinsholz « les cas de distocie par kystes dermoïdes pelviens sont tout-à-fait exceptionnels ; nous n'en avons pas trouvé, dans la littérature, d'exemple comparable par la localisation très spéciale de la tumeur à celui que nous venons de rapporter ».

L'extrême volume du néoplasme pourrait enfin avoir pour conséquence l'*éclatement des os du bassin*, résultante directe des pressions qu'ils subiraient. Hâtons nous d'ajouter que cette aggravation n'a jamais été signalée jusqu'ici.

Il existe d'autres complications dûes à la présence

de la tumeur elle-même qui, moins graves que les précédentes, n'en ont pas moins un intérêt propre.

C'est d'abord la *rupture de la poche dans le bassin.* — Comme le plus souvent le liquide qu'elle contient est aseptique, l'importance de cet accident n'est pas considérable, mais il se peut que ce liquide ait été contaminé soit par une infection circonvoisine, soit par une ponction mal faite : immédiatement le pronostic s'assombrit, c'est du pus infecté qui s'écoule de la tumeur, il donne lieu à un abcès rétrorectal qui gagnera ou la partie supérieure, auquel cas se déclarera une péritonite, ou l'inférieure, et alors, il aura pour conséquence l'inflammation de la fosse ischio-rectale, qui donnera lieu à une suppuration intarissable.

Le dermoïde peut aussi se *fixer au rectum et s'abcéder à l'intérieur.* Ce genre d'évolution a peu d'inconvénients, il est même favorable, car le liquide est évacué avec les fécès. Il se pourrait, cependant, qu'à la longue une infection secondaire de la poche, par les matières du rectum se produise. Beaucoup plus grave est la fistulisation à l'extérieur consécutive à une inflammation kystique primitive (très rare) ou mieux, venant d'une ponction mal faite. Dans ce cas, la suppuration est intarissable et il ne faut rien moins qu'une intervention chirurgicale pour y remédier.

Reste toujours, enfin, la possibilité d'une transformation de tumeur bénigne en néoplasme malin, grâce à un processus jusqu'alors inexpliqué, ce qui aggrave le pronostic.

En résumé, les complications des kystes présacrés proviennent de deux sources, leur *excès de volume*, cause de compression, et *leur rupture*, soit à l'intérieur, soit dans le rectum, soit enfin par fistulisation à l'extérieur. Elles ne sont, en général, pas graves, car c'est là pour le chirurgien une cause d'intervention qui libérera l'organisme d'une façon définitive.

Chapitre VII

Traitement

Pendant de longues années, l'ignorance complète de ces tumeurs fut cause de l'inexistence de leur traitement. Les médecins d'autrefois, incapables d'un diagnostic précis, se contentaient d'agir contre les symptômes : c'est pour cela que, quand nous parcourons les livres anciens qui semblent traiter de cette affection bien spéciale, au chapitre de la thérapeutique on ne parle que de méthodes médicales. Les pommades, les topiques, les compresses d'eau bouillie, etc., appliqués sur la région périnéale étaient le seul remède à opposer aux douleurs : quand ces dernières persistaient, tout au plus se hasardait-on a pratiquer une ponction. Celle-ci, faite daus des conditions septiques, entraînait des suppurations intarissables fort gênantes pour le malade.

Depuis la propagation des idées d'asepsie, on modifia le traitement : les incisions au thermocautère d'abord et au bistouri ensuite pour vider les kystes, furent admises. Mais ces méthodes n'étaient pas encore suffisantes et ce n'est que dans la dernière partie du siècle dernier qu'on se résolut à appliquer systématiquement un procédé chirurgical radical.

Faites dans des conditions d'aseptie rigoureuses, les opérations sur la région périnéale postérieure, n'offrent plus que peu d'inconvénients, et les résultats sont presque toujours favorables. — Le seul traitement des tumeurs présacro-coccygiennes est donc, à notre avis, l'extirpation. Cette extirpation consiste essentiellement à aller à la recherche de la poche, libérer ses adhérences d'avec le tissu ambiant et en pratiquer ensuite l'ablation. S'il existe un pédicule le réunissant à la colonne sacrée, il suffira de saisir celui-ci entre deux pinces à forcipressure, de faire une ligature solide à son niveau et de le sectionner entre les deux pinces. L'extirpation doit être totale : il importe en effet de ne laisser aucune parcelle de la paroi contenant des éléments jeunes capables de végéter et de reproduire dans la suite une nouvelle tumeur. C'est un point important du traitement que nous avons voulu mettre en lumière avant d'étudier les modes opératoires, car, les récidives de kystes dermoïdes sont dûes à une ablation incomplète.

Les voies utilisées pour pratiquer l'ablation des tumeurs présacrées sont identiques à celles employées par les chirurgiens pour l'extirpation du cancer du rectum.

On distingue trois voies d'accès :

La voie périnéale ;

La voie abdomino pelvienne ;

La voie sacrée.

C'est à dessein que dans cette énumération nous n'avons pas signalé la **Voie vaginale**. C'est là, à notre

avis, un procédé d'exception employé par le professeur Fehling, de Strasbourg, pour le cas de la malade de notre Observation II. Voici d'ailleurs, sommairement, la technique utilisée par lui. Par une incision longitudinale, d'environ 7 à 8 centimètres, sur la partie postérieure du vagin, l'opérateur obtient accès sur le rectum, qu'il libère de ses connexions environnantes et qu'il décline ensuite. Il arrive, de cette façon, sur la tumeur dont il dissèque la coque, l'extirpation a lieu.

Il laisse en place un drain de caoutchouc de calibre moyen ressortant par la vulve ; quelques points de suture à la paroi vaginale pour en provoquer la réunion par première intention. Cinq jours après le drain est enlevé et, moins de trois semaines après l'opération, les plaies étant fermées, la malade sort guérie.

Dans la pratique ordinaire, cette méthode semble peu recommandable.

A). Voie sacrée. — Utilisée en 1885, par Kraske, elle ne semble pas être non plus une opération à employer pour l'ablation d'un simple kyste dermoïde. Elle nécessite de trop grands délabrements, la guérison est longue et les difficultés opératoires souvent considérables. Elle est d'ailleurs rejetée de nos jours par tous les chirurgiens, même dans les cas de cancer ampullaire du rectum pour lesquels seuls, il faut le reconnaître, elle avait été primitivement inventée.

B). Voie abdomino pelvienne. — Inaugurée par Czerny, Gaudier et Chalot, cette opération peut être à la rigueur utilisée lorsque la tumeur siège au niveau de la partie antéro-supérieure du sacrum, dans le cas où, par

conséquent, il serait difficile de pratiquer l'extirpation par la voie périnéale seule. Le pôle supérieur du kyste est rendu mobilisable par l'abdomen puis, refermant le tout, on recherche le pôle inférieur par le périnée.

C'est par là qu'il faudra, de préférence, achever l'extraction. Cette voie abdomino pelvienne n'est pas d'un grand secours, il est rare qu'on doive y avoir recours. On eut pu le faire dans le cas de notre Observation II; si le diagnostic est posé à temps, afin de conserver la vie de l'enfant, il serait préférable de pratiquer une Césarienne; l'intervention au niveau de la tumeur devra se faire dans une autre séance, quelques mois après la première

C). Voie périnéale postérieure. — La voie périnéale inaugurée dès 1826 par Lesfranc, nous semble être l'opération de choix. Les tumeurs présacro-coccygiennes reposent la plupart du temps sur le périnée postérieur, dès lors pourquoi tenterait-on des opérations difficiles lorsque, par une simple périnéotomie, on arrive à les aborder très commodément. La voie périnéale a d'ailleurs été modifiée par les auteurs : Denonvilliers recommanda l'incision ano-coccygienne, comme incision de choix; et Verneuil préconisa la résection du coccyx, de façon à se donner un plus grand jour. Ce moyen nous paraît être d'une grande utilité, il donne dans tous les cas une largeur de vue appréciable sur le champ opératoire et permet par conséquent de pratiquer l'extirpation avec une plus grande facilité. La tumeur de l'observation de M. le Professeur Gross a été enlevée dans ces conditions,

nous en avons apprécié la valeur, c'est pourquoi nous sommes à même de porter un jugement sur ce mode de traitement.

La technique opératoire de la *périnéotomie postérieure* est simple : elle consiste à mener une incision verticale suivant le raphé périnéal postérieur, depuis l'anus inclus et dépassant naturellement la pointe du coccyx. En avant, l'incision divisera successivement la peau, le tissu cellulaire et les fibres musculaires du périnée postérieur : en arrière, la section ira jusqu'à l'os. Cette brèche créée, il est facile de libérer le rectum de la face antérieure de la tumeur ; mais avant de continuer la recherche des plans du clivage qui permettent d'isoler le kyste entièrement, il est nécessaire de reséquer le coccyx. Pour cela, on le saisit soit avec les doigts de la main gauche, soit à l'aide d'un davier, en deux coups de ciseaux à droite et à gauche le long de ses bords, on l'isole, puis d'un troisième, on sépare sa base du sacrum. L'ablation du coccyx terminée, le jour est suffisant pour aborder la tumeur, le reste de l'opération se fait sans difficultés.

Quand la tumeur présacro-coccygienne est fistulisée, si la fistule s'est établie au niveau du rectum, un simple avivement de ses bords et un point de suture au Catgut suffiront pour en arrêter l'évolution après l'extirpation du kyste dermoïde. Si la fistulisation s'est faite au niveau du périnée postérieur, on pourra supprimer ce trajet fistuleux en l'incisant comme dans les cas de fistule anale ordinaire.

Dans ces deux hypothèses, la tumeur étant enlevée,

la fistule n'a plus sa raison d'être, il est compréhensible que sa guérison soit définitive,

De ce court exposé des différents modes opératoires, il est clair que le chirurgien, toutes les fois qu'une circonstance extraordinaire n'interviendra pas (Observation II) devra accorder sa préférence à la voie périnéale postérieure. C'est, en effet, la voie d'accès la plus simple, comportant le moins de risques et pour l'opéré et pour l'opérateur ; c'est, de plus, le procédé qui permet de mettre la lésion au grand jour, évitant ainsi les récidives ; c'est enfin l'intervention qui nécessite le moins de délabrement et qui est suivi de la guérison radicale la plus rapide.

CONCLUSIONS

1° Les kystes dermoïdes présacro-coccygiens constituent une affection très rare. Ils tirent leur origine des organes embryonnaires du cloaque, généralement disparus à la naissance, mais qui peuvent à l'occasion d'une suractivité fonctionnelle quelconque donner lieu, en se développant, à une symptômatologie assez difficile à spécifier ;

2° Le diagnostic de ces tumeurs est en général difficile ; les seuls points capables d'attirer l'attention sont : la gêne et la douleur dans les décubitus dorsal et latéral.

Leur début est souvent inaperçu, et, dans quelques cas, c'est l'inflammation suivie de suppuration, de fistulisation de la poche qui mettent sur la voie du diagnostic. La seule méthode probante pour le confirmer, est le toucher rectal qu'accompagne une ponction exploratrice. En cas de fistule, l'examen du liquide de la suppuration pourra trancher le le différend ;

3° Le diagnostic différentiel dans tous les cas sera lui-même assez difficile. C'est l'examen général des malades et la discussion symptômatique de toutes les affections localisées à la partie antérieure du sacrum qui permettront de l'établir ;

4° Les complications sont en général peu graves : à part la suppuration (et la fistulisation qui en est la conséquence) d'une façon générale, elles n'entraînent aucune gêne vérita-

blement appréciable : si, bien entendu, le sujet qui en est porteur consent à se faire traiter.

5° Nous n'avons pas cru devoir envisager le *pronostic* de ces affections dans un chapitre spécial, il se déduit suffisamment de tout notre travail ; en général, il est bénin, car les accidents signalés (Observation II) sont heureusement exceptionnels.

6° Leur traitement sera uniquement chirurgical : grâce à la périnéotomie postérieure unie à la résection du coccyx pour se donner du jour, le chirurgien pourra, dans presque tous les cas, arriver à l'extirpation complète de ces tumeurs. C'est là une méthode de choix en général facile (Observation I) et ne permettant pas de récidive.

BIBLIOGRAPHIE

1879. — **COMBY**. — Kyste dermoïde de la région ano-coccygienne. Progrès médical, Paris, page 671.

TERRILLON. — Kyste dermoïde de la région ano-coccygienne. Bulletin soc Anat, Paris, page 141.

1881. — **TOURNEUX**. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Bull. méd. du Nord, page 359.

1882. — **HEURTAUX**. — Infundibulum coccygien et Fistules para-coccygienne.

PEYRAMAURE-DUVERDIER. — Des dépressions et Fistules congénitales cutanées de la région sacro-coccygienne. Thèse Paris.

GOMEZ-PAMO. — Fibroma de la régione sacra-coccygia. Annale de Cirurzia. Madrid.

1882. — **PÉAN**. — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Leçons de clinique chirurgicale. Paris.

1883. — **CÉCI**. — Kyste dermoïde sacra. Jiornale de clinica et chirurgica de Messina. Page 492.

COURAUD. — Contribution à l'étude des dépressions et Fistules congénitales cutanées et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne. Thèse. Paris.

LACHAUD. — Recherches sur les tumeurs congénitales de la région coccygienne. Compte rendu chirurgical. Paris, pages 125-216.

1884. — **NICAISE**. — Sur la pathogénie des kystes dermoïdes Assoc. Franc. pour l'av[t] des sciences. Compte rendu Paris, page 813.

1885. — **MASSE**. — De l'origine des kystes dermoïdes. Bull. général thérapeutique 337-340. Gazette hebdomad. de Méd. Paris 572.

RENAULT. — Tumeur sacro-coccygienne congénitael Progrès médical 122.

1885. — **TOURNEUX & HERMANN**. — Notes sur le développ[t] de l'extrémité inférieure de la moëlle épinière et sur des vestiges de cette extrémité persistant au niveau du coccyx pendant toute la période fœtale chez l'homme Société de Biologie, 31 janvier.

LERAT. — Kyste dermoïde de la région coccygienne Bulletin de la Société Anat[t] de Nantes page 100.

1886. — **POULET**. — Des kystes dermoïdes acquis. Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Paris 460-464

LANNELONGUE & ACHARD — Traité des kystes congénitaux.

1887. — **TOURNEUX & HERMANN**. — Les vestiges du segment caudal de la moëlle épinière et leur rôle dans la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes congénitales, Compte rendu de l'académie des sciences.

TILLAUX. — Des kystes en général. Kystes dermoïdes sacrés. Recueil d'opht. Paris 597-602.

MASSE. — Tumeurs dermoïdes congénitales et tumeurs dermoïdes de la région sacro-coccygienne. Gazette hebdomadaire de la Société Méd. de Bordeaux 227-230.

JACQUINOT. — Observations de tumeurs sacro-coccygiennes. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Paris 366-371.

1888. — **M. B. SCHMIDT**. — Ein fall von tumor coccygeons Arb. A. D. chir. unif. Poliklin Zu. Leipzig 66-74.

1889. — **DESPRÉS**. — Kystes dermoïdes congénitaux. Bull. et Mem. de la Société de chirurgie de Paris.

Paul SCHMIDT. — Ein Betrag Zur Kenntnis der congénitalen sacral-rumoren Greifswald 1889.

1890. — **A. TORNGREN**. — Ein. fall. aff. congénitalt coccyx-kyston. Helsingfars XXXII, 388-394.

SCHAEFFER. — Uber Schwanzbildungen beim Menschen Münsch und Wochenschrift.

1891. — **KIÉNER**. — Sur uns tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne. Gazette hebd. de la science médicale de Montpellier.

SABRAGÉS & FRICH. — Tumeur et dépression congénitale de la région sacro-coccygienne chez un enfant. Bull. de la Société d'anat. et de physio de Bordeaux.

POUSSON. — Kyste dermoïde de la région coccygienne chez une femme de 30 ans. Bull. de la Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux.

1892. — **MALLORY**. — Sacro-coccygéal dimplhs-tumores and cysto Américic Journal of. médica de T. C. I I I.

1893. — **HANSEN**. — Des kystes dermoïdes et des Fistules congénitales de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris.

1894. — **GANZ**. — Zur casuistick der congenitalen sacraltumoren. Progrès médical. Wochenschrift.

CALBET. — Affections congénitales de la région sacro-coccygienne. Archives générales de médecine.

1895. — **PERMANN**. — Ein fall ven cystosen sacro-coccygéal tératome Nebst émigen vorten über die Génésis dieser Geschwülste. Arch. F. Klin Chir Berlin 657-674.

DELBET. — Pathogénie des tumeurs hétérotopiques Union médicale. Paris.

1896. — **KIRMISSON**. — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Bull. médical, Paris, 225-228.

PHOCAS. — Deux cas de tumeurs sacro-coccygienne. Bulletin et Mém. de la Soc. de Ch., Paris, 847-850).

1897. — **KIRMISSON**. — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Revue prat. des trav. de Méd., Paris, Liv. 97.

1898. — **BORST**. — Die Angeborenen Geschwülste der Sacralregion Centralblatt fur Allgemein Pathol u Path. anat. Iéna, 449-451.

KIRMISSON & KUSS. — Contribution à l'étude des

tumeurs kystiques congétinales. Rev. d'Orthop. de Paris, 139-148.

1903. — **UNGER & Th. BRUGSBH.** — Zur Kenntnis der Fovea und fistula sacro coccygea S. Caudalis. Arch. F. Mikr B. A. C. XI.

1904. — **ENGELMANN.** — Beitrag zur Kenntniss der Sacraltumoren. Deutsche Médicina, Leipzig-u.-Berlin, 42.

BARTEL. — Ein Beitrag zur Kenntniss dee tumoren der Sacralgegend. Vien, Klinck, Wchüchr, 213.

1905. — **BOISSAUD & LANNOIS.** — Etude clinique anatomo-pathologique sur un tératome de la région sacro-coccygienne. Bull. soc. obst. Paris 240-251.

FRATTIN. — Tumore congenito della régione sacra-coccygia. Ann. chir. Milano 1029-1036.

CURTISS. — Congénital sacro-coccygéal tumour. Traité. Pathol. Soc. London 22-27.

HERMANN & TOURNEUX. — Sur l'origine des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Journal d'anat et physio. Paris 113-132.

1906. — **JANDOT.** — Des tératomes de la région sacro-coccygienne, considérés principalement dans leur étude clinique. Lyon. Méd. 112.

VOIVENEL. — Kyste dermoïde sacro-coccygien. Toulouse médical 208-210.

1907. — **CROISIER.** — Kyste congénital présacré chez une fillette de 15 ans. Compte rendu Soc. d'obs. gyneco et pédiat. Paris.

1908. — **TRIPIER.** — Considérations générales sur les tumeurs. Lyon-Méd., 765-776.

KIRMISSON. — Des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes. Rev. Inter. Méd. et Chir., Paris, 302-304.

1909. — **POLLOSSON.** — Tumeur rétropéritonéale présacrée. Lyon Méd., 1260.

1910. — **CAZIN.** — Structure et Pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes. Paris Chir., 243-248.

ERRATA

Lire, page 16, 4e ligne : forceps, au lieu de farceps.

— Chapitre I, 2e alinéa, 3e ligne : Herrmann et Tourneux, au lieu de Harrisson et Tourneux.

— Page 20, 2e alinéa, 7e ligne : post-anale, au lieu de pos-tanale.

— Page 28, 2e alinéa, 4e ligne : follicules, au lieu de Pollicules.

— 3e alinéa, 2e ligne : palpation, au lieu de palpitation.

— Page 40, 13e ligne : marqués, au lieu de masqué.

— Page 45, 16e ligne : en effet, au lieu de un effet.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 7

OBSERVATION I 11

OBSERVATION II 15

CHAPITRE I. — Embryologie 19

CHAPITRE II. — Pathogénie 23

CHAPITRE III. — Anatomie Pathologique 29

CHAPITRE IV. — Diagnostic 33

CHAPITRE V. — Diagnostic différentiel 39

CHAPITRE VI. — Complications 45

CHAPITRE VII. — Traitement 49

CONCLUSIONS 55

BIBLIOGRAPHIE 57

ERRATA